Aus der Münchener Universitäts-Frauenklinik.

Über die Retention der Eihäute.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Fritz Hau

aus Regensburg.

BERLIN

Verlag von R. Trenkel.

1911.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Über die Retention der Eihäute, ihre Ursache und Folgeerscheinungen, sowie ihre zweckmäßigste Behandlungsweise ist in den letzten Jahrzehnten infolge der Wichtigkeit dieses Gegenstandes eine große Anzahl von Arbeiten erschienen. Die Ansichten der einzelnen Autoren über die Bedeutung der Eihautverhaltung gehen jedoch weit auseinander. Die eine Partei sieht die Retention der Eihäute für ungefährlich an und überläßt die Ausstoßung der retinierten Massen der Natur, während die andere der Eihautverhaltung eine große Bedeutung zulegt und die sofortige manuelle oder instrumentelle Entfernung der retinierten Stücke auch bei sonst normalen Geburten verlangt.

Ehe ich mich jedoch mit den einzelnen Behandlungsmethoden befasse, sei es mir gestattet, mit einigen Worten die Ätiologie der Eihautretention zu streifen. Auch hier gehen die Ansichten weit auseinander, und die verschiedenartigsten Umstände werden beschuldigt, die Eihautverhaltung hervorzurufen.

Benike hat darauf hingewiesen, daß die häufigste Ursache der Eihautretention in der festen Adhäsion des Chorion mit der Innenfläche des Uterus zu suchen sei, und Credé, Hüter und v. Hegar führen diese Adhäsion auf die mangelhafte Rückbildung der Decidua zurück. Hüter und v. Hegar führen als weiteren Grund für die Adhärenz die Bildung der Placenta spuriae an. Auch ist die Vermutung, daß die allzu große Adhäsion infolge intrauteriner Entzündungsvorgänge entstanden ist, nicht von der Hand zu weisen. Es sind mehrere Fälle beschrieben, bei denen

es sich um eine Endometritis decidualis (Hyperplasia luetica) handelte. Weiterhin weist Benike auf die allerdings seltenere Möglichkeit hin, daß nach der Geburt der Placenta das nachfolgende Chorion durch den sich fest zusammenziehenden Muttermund incarceriert wird. Andere Autoren nehmen die pathologischen Veränderungen der Placenta als ursächliches Moment für die Eihautverhaltung an. So ist in mehreren Fällen die sog. Placenta succenturiata als Ursache der Retention angeführt. Besonders aber hat man die Placenta marginata als retentionsbedingenden Faktor angesehen. Nach Huber war unter 93 Fällen von Placenta marginata in 63 % das Chorion unvollständig, und Reihlen fand Placenta marginata in 46 % von Chorionretention.

Einer näheren Betrachtung bedarf die Frage, inwieweit die Expression der Placenta nach dem von Credé angegebenen Verfahren im Zusammenhange mit der Eihautretention steht.

Durch den Credéschen Handgriff sollte die früher allgemein geübte Methode der manuellen Entfernung der Placenta aus der Scheide ersetzt werden. Allgemein wurde diese einfache und doch so wirksame Neuerung mit großer Begeisterung aufgenommen, aber gar bald erhob sich auch heftiger Widerspruch dagegen. Ahlfeld und Runge schoben die Schuld der vermehrten Eihautverhaltungen auf das neue Verfahren und warnten davor. Auch Dohrn und Runge wandten sich dagegen. Letzterer sah darin die Ursache, daß das Eihautrestentfernen anfing, ein fast ständiger Aktus bei den Geburten zu werden.

Die natürliche Folge war, daß sich Credé gegen die Angriffe zur Wehr setzte. Er warf seinen Gegnern vor, die von ihnen erzielten Mißerfolge lägen im Grunde an der fehlerhaften Ausführung seiner Methode. Eine ganze Reihe von Geburtshelfern trat der Ansicht Credés bei. Eines läßt sich jedoch nicht leugnen, einen gewissen Einfluß hat das Credésche Verfahren auf die Retention der Eihäute, wenigstens in der Weise, wie es Credé ursprünglich an-

gegeben hat. Es ist einleuchtend, daß der Zeitpunkt zur Expression der Placenta fünf oder zehn Minuten nach der Geburt des Kindes zu früh gewählt ist. Placenta und Eihäute sind noch nicht völlig gelöst, und es ist dann sehr naheliegend, daß bei einer gewaltsamen Lösung leicht ein Teil zurückbleiben kann. Man wird deshalb am besten zuerst die natürliche Geburt der Placenta abwarten und nur, wenn eine rasche Lösung der Placenta geboten erscheint, das Credésche Verfahren anwenden. Noch häufiger werden Retentionen durch das Abdrehen der Eihäute hervorgerufen. Aus diesem Grunde ist auch hier ein exspektatives Verfahren am Platze.

Der Vollständigkeit halber soll noch erwähnt werden, daß Römer auf den späten Blasensprung und seinen Zusammenhang mit der Eihautverhaltung hingewiesen hat. Danach sind die Eihäute um so unvollständiger, je später die Blase springt.

Von weitaus größerer praktischer Bedeutung als die Ätiologie ist die Frage, welche Folgen kann die Retention von Eihäuten haben und welche Behandlungsweise müssen wir einschlagen. Darüber gehen nun die Anschauungen der einzelnen Autoren, wie schon am Anfang erwähnt, weit auseinander.

Benike und andere halten die Eihautretention für sehr bedenklich. Die Folgen äußern sich nach ihm in heftigen Nachwehen und Blutungen in den ersten Tagen des Wochenbettes, ja es ist auch eine Subinvolutio uteri mit daran anschließenden Spätblutungen im Wochenbett möglich, und endlich können die Eihautreste putrid zerfallen und dadurch eine septische Infektion hervorrufen. Aus diesen Gründen spricht sich Benike für die manuelle sofortige Entfernung etwa zurückgebliebener Eihautreste aus. Die gleiche Forderung stellt auch Hüter, der die Gefahren der Chorionretention der der Placentarretention gleichstellt. Beaucamp, Huber, Graetz und auch Küstner sprechen sich ebenfalls für das radikale Verfahren aus, der letztere allerdings unter einer oft wohl

schwer zu erfüllenden Vorbedingung, daß bei dem Eingriff eine Infektionsgefahr ausgeschlossen sein muß.

In neuerer Zeit traten besonders Lourous in Athen und Walthard in Bern für das sofortige aktive Verfahren ein. Lourous kommt an der Hand von acht von ihm beschriebenen Fällen zu dem Schlusse: Die Eihautretention ist eine Komplikation, die möglicherweise dieselben schweren Erscheinungen herbeiführen kann wie die Retention eines Teiles der Placenta. Ist die Eihautretention festgestellt, dann sind die retinierten Massen unverzüglich manuell zu entfernen. Nur bei ganz kleinen Eihautresten ist eine abwartende Haltung gerechtfertigt. Lourous geht sogar so weit, daß er bei Fieber oder leichter Blutung im Wochenbett sofortige manuelle Untersuchung des Uterus, eventuell selbst Curretage verlangt. Dagegen fehlt es nicht an Autoren, die auf die Gefahren dieser aktiven Therapie hinwiesen und in jeder Hinsicht exspektativ verfuhren.

Die Extremsten dieser Richtung, wie Schwenke und andere, bestritten jeden schädigenden Einfluß der Eihautretention, ja sie stellten die Behauptung auf, daß durch die retinierten Eihautmassen nicht einmal Fieber im Wochenbett hervorgerufen werde.

Auf einem gemäßigteren Standpunkt stand Credé. Er wies darauf hin, daß die Eihautretention an und für sich ein harmloses Ereignis ist und trat für ein rein exspektatives Verfahren ein. Er betont: „Niemals aber darf wegen retinierter Eihäute die Hand bis hoch in die Scheide oder gar in die Gebärmutter eingeführt werden.“ v. Winkel führt in seinem Handbuch der Geburtshilfe aus: „Wenn Eihäute als Ganzes abgerissen sind und keine Blutung besteht, oder wenn nur Teile von Eihäuten fehlen, ist es nicht notwendig, einzugehen.“

v. Herff und Schneider-Geiger in Basel kommen an der Hand des klinischen Materials zum Schlusse, daß bei Eihautretention ein sofortiges oder gar prophylaktisches manuelles oder instrumentelles Eingreifen zu verwerfen ist.

Sie sprechen sich für eine abwartende Haltung, prophylaktische Secalemedikation und eventuelle Scheidenspülung aus.

Bemerkenswert ist besonders das Resultat, das Ahlfeld erzielte. Um zu einem sicheren Schlusse zu gelangen, übte er zwei Jahre lang das aktive Verfahren, d. h. er entfernte stets verhaltene Eihautreste aus dem Uterus, weitere zwei Jahre verhielt er sich völlig exspektativ und überließ die Entfernung der retinierten Massen den Naturkräften. Die Resultate, die sich bei dem letzteren Verfahren ergaben, waren weitaus günstiger, und aus diesem Grunde entschloß sich Ahlfeld definitiv für eine abwartende Haltung.

Vor ihm hatte sich schon Reihlen auf Grund der gleichen Prüfungen für das exspektative Verfahren ausgesprochen.

Zwischen diesen extremen Anschauungen steht Kaltenbach, der zwar in die Vagina herabhängende Eihautfetzen entfernt, unter keinen Umständen aber in das Cavum uteri eingeht.

Die gleiche Ansicht vertritt v. Velits. Nach ihm ist jedoch eine atonische Nachblutung bei Eihautretention eine strikte Indikation zum Abtasten des Uterusinnern.

Nach diesem kurzen Überblick will ich nun auf das mir zur Verfügung stehende Material eingehen. Die Durchsicht der Geburtsjournale der Königlichen Universitäts-Frauenklinik und Hebammenschule in München ergibt eine Gesamtzahl von 9535 Entbindungsfällen, die in den Jahren 1906 bis 1910 zur Beobachtung gelangten. Hierbei fanden sich 315 Fälle von Eihautretention verzeichnet, was einem Prozentsatz von 3,3 % entspricht. Daraus geht hervor, daß die Eihautretention im allgemeinen ein ziemlich seltenes Ereignis ist. Freilich haben andere Autoren, wie Beaucamp und auch Schneider-Geiger, eine bedeutend höhere Prozentzahl erhalten, was vielleicht auch daran liegen mag, daß auch zweifelhafte Fälle bei diesen Arbeiten mit eingerechnet wurden.

Zum Vergleiche lasse ich eine kleine Zusammenstellung dieser Statistiken folgen:

Autor	Geburten	Retention	Prozente
Credé	2000	96	4,8
v. Winkel	3199	73	2,25
Beaucamp	500	102	20,4
Dohrn	1000	—	13,0
Schneider-Geiger . . .	5410	558	10,31
Schmidt	8711	237	2,72
Benicke	1700	44	2,6
Unser Material	9535	315	3,3

Im Gegensatze zu Puppel und anderen, die nur die Eihautretentionen bei rechtzeitigen Geburten in Rechnung ziehen, habe ich alle Fälle verwertet, bei denen aus den Journalen mit Sicherheit festzustellen war, daß die Eihäute mit der Nachgeburt nicht vollständig abgegangen waren. Auch jene wenigen Fälle von Abort, bei denen es sich um reine Eihautretentionen handelte, sind deshalb mit hereinbezogen.

Die Retentionen verteilen sich dann folgendermaßen:

Abort	Part. imat.	Part. praem.	Part. mat.	ohne Angabe
3 =	17 =	21 =	268 =	6 =
0,95 %	5,4 %	6,67 %	85,07 %	1,91 %

Von großem Interesse ist nun vor allem die Statistik über die Art der Geburt der Placenta.

Aus den Journalen geht hervor, daß die Placenta in 200 von den 315 Fällen spontan geboren wurde, was einem Prozentsatz von 64 % entspricht. 23 mal = 7 % findet sich die Bemerkung „Placenta auf leichten Druck", während die Ausführung des Credéschen Handgriffes bei 71 Geburten = 22 % verzeichnet ist.

7 mal ist angegeben, daß der Credésche Griff erfolglos war und daß deshalb eine manuelle Lösung der Placenta notwendig wurde.

Aus diesen Angaben allerdings einen Schluß auf den Wert des Credéschen Verfahrens zu ziehen, ist meiner

Ansicht nach nicht angängig, weil der Credésche Handgriff im allgemeinen nur dann ausgeführt wird, wenn die Placenta nicht spontan geboren wird, oder wenn andere Umstände, z. B. eine starke Uterusblutung, eine rasche Entfernung der Placenta verlangen.

Wie schon oben erwähnt, sind in diesen Fällen an dem Abreißen der Eihäute andere Ursachen schuld als der Credésche Handgriff, dessen große Bedeutung für die Praxis doch unzweifelhaft feststeht.

Unter den 315 Fällen von Eihautretention finden wir weiterhin 32mal die Angabe, daß der Versuch gemacht wurde, die restigen Eihäute mit der Eihautzange bzw. durch Abdrehen zu entfernen. Nur viermal war dieser Versuch von Erfolg begleitet, in 28 von 32 Fällen dagegen rissen die Eihäute ab und schnellten zurück.

Schon Credé hat darauf hingewiesen, daß ein Abreißen der Eihäute viel häufiger vorkommt, wenn die Nachgeburt von den Genitalien weggenommen, als wenn sie ausgedrückt worden ist. Aus diesem Grunde rät er, die Hände von der vor den Genitalien liegenden Nachgeburt zu lassen.

Für die Richtigkeit dieser Anschauung spricht auch unser statistisches Material. — Freilich hängt das Abreißen der Eihäute auch zum großen Teile von rein physiologischen Verhältnissen ab. Sind die Eihäute zart, so finden wir auch bei der spontanen Geburt der Placenta, daß öfters Eihautreste zurückbleiben, sind sie dagegen derb, so werden sie im allgemeinen das Gewicht der an ihnen zum Teil noch hängenden Placenta aushalten. Bei den 315 Fällen von Eihautverhaltung in unserer Statistik fanden sich 224mal $= 71\,\%$ zarte Eihäute, nur 53mal $= 16{,}82\,\%$ waren die Eihäute derb, während in 38 Fällen $= 12{,}07\,\%$ die Art der Eihäute nicht angegeben war.

Erwähnen möchte ich noch, daß es selbstverständlich auch bei den sogenannten „Sturzgeburten“, bei denen Kind und Nachgeburt überschnell ausgestoßen wird, um so leichter zu der hierbei oft beobachteten Eihautretention kommt, je weniger widerstandsfähig die Eihäute sind.

Auch bei der Geburt von macerierten Föten, bei der man häufig eine Eihautretention beobachtet, liegt die Ursache der Verhaltung an den Eihäuten, die wegen ihrer Brüchigkeit an Widerstandsfähigkeit verloren haben. In unserer Statistik sind mehrere Fälle dieser Art bezeichnet.

Wenden wir uns nun den Folgeerscheinungen zu, die durch die Eihautretention hervorgerufen werden. Eine Reihe von Autoren sieht in der Eihautretention die Ursache für die Blutungen nach der Lösung der Placenta.

Aus unserer Statistik lassen sich nun 76 Blutungen nach Lösung der Placenta konstatieren.

Es wäre dies selbstverständlich eine ganz erkleckliche Zahl, wenn die Eihautretention allein dafür verantwortlich zu machen wäre. Nun müssen wir aber eine ganze Anzahl dieser Blutungen, die durch andere Ursachen bedingt werden, in Abzug bringen. So scheiden vor allem jene Blutungen aus unserer Betrachtung aus, die durch Verletzungen des Genitaltraktes hervorgerufen wurden. Es sind dies 29 Fälle, bei denen es sich um Dammrisse und Cervix- oder Scheidenrisse handelt, oder aber um Verletzungen, die durch operative Eingriffe verursacht wurden. Weiterhin müssen wir noch 26 Fälle aus unserer Beobachtung ausschalten, bei denen eine Blutung auftrat, nachdem wegen Uterusatonie post partum der Credésche Handgriff oder eine manuelle Lösung der Placenta ausgeführt wurde.

Für den Rest von 21 Fällen finden sich in den Journalen keine Anhaltspunkte für eine andere Ursache, so daß wohl die Annahme berechtigt ist, daß die retinierten Eihäute die Blutungen nach Lösung der Placenta verursacht haben.

In allen diesen 21 Fällen kam es nur zu mäßigen Blutungen, deren Stillung unter Zuhilfenahme der üblichen Mittel rasch gelang. Irgendwelcher Nachteil ist den betreffenden Frauen aus dem geringen Blutverlust sicher nicht erwachsen.

Tamponiert wurde im ganzen in 28 Fällen, jedoch nur in 3 Fällen wegen Eihautretention, die übrigen 25 Tamponaden verteilen sich auf die bereits ausgeschiedenen Fälle.

Wegen starker Blutung wurde die manuelle Ausräumung der retinierten Eihäute in drei Fällen vorgenommen. Es sind dies gewiß seltene Fälle, in denen unsere gewöhnlichen Mittel versagen. Dann freilich ist man vor die Notwendigkeit gestellt, die Eihautfetzen mit der Hand aus dem Uterus zu holen. In solchen Ausnahmefällen ist ein aktives Vorgehen auch sicherlich gerechtfertigt.

Betrachten wir nun die Wochenbettverhältnisse in unseren 315 Fällen, so müssen wir konstatieren, daß in keinem Falle durch die retinierten Eihäute eine erhebliche Störung des Allgemeinbefindens der Wöchnerin hervorgerufen wurde, denn bei den zwei letal verlaufenen Fällen ist die Eihautretention sicherlich nicht die Ursache gewesen. Ich werde auf diese beiden Todesfälle bei den fieberhaften Wochenbetten zurückkommen.

Von großem Interesse ist ferner das Schicksal der retinierten Eihäute. Straßmann und andere weisen darauf hin, daß der Abgang von Eihautfetzen im Wochenfluß verhältnismäßig selten beobachtet wird. Nach ihnen sollen die Fetzen intrauterin zerfallen und der Lochialfluß dadurch vermehrt werden.

Nach unserem Material fanden sich in 31 Fällen unter 315 Eihautfetzen im Lochialfluß.

Fötide Lochien sind in den Journalen 13mal angegeben. Irgendwelche Nachteile für die Wöchnerinnen haben sich daraus nicht ergeben. In den meisten Fällen waren die Lochien normal. In fünf Fällen kam es zu Blutungen im Wochenbett, jedoch war davon nur in einem einzigen Falle eine manuelle Ausräumung der retinierten Eihäute wegen sehr starker Blutung notwendig. Bei den übrigen Fällen genügten kleine Ergotingaben, um die Blutung zu stillen.

Aus diesem Überblick über das statistische Material läßt sich wohl der Schluß ziehen, daß die Eihautretention im allgemeinen ein harmloses Ereignis ist und daß man dabei am besten eine abwartende Stellung einnimmt. Ein sofortiges aktives Eingreifen in jedem Falle ist nicht nötig, ja sogar unter Umständen schädlich.

Näher besprechen muß ich noch den Verlauf der Fieberfälle, und das um so mehr, als von einer Reihe von Autoren die Eihautretention für eine ganze Anzahl der fieberhaften septischen Prozesse im Wochenbett verantwortlich gemacht wird.

Von den notierten 315 Fällen verliefen nun 81 fieberhaft. Unter Fieber verstehe ich Temperaturen, die 38° übersteigen.

Wie sich die einzelnen Temperaturhöhen verteilen, ist aus nachfolgendem Schema ersichtlich.

Temperaturen bis 37,0 inkl.	Temperaturen bis 38,0 inkl.	Temperaturen über 38,0
29 =	205 =	81 =
9,21 %	65,08 %	25,71 %

Die Fälle, bei denen die Temperatur 37,0 nicht übersteigt, bedürfen keiner Erwähnung, denn diese Wochenbetten verliefen normal. Was nun die Fälle mit Temperaturhöhen bis 38,0 anbetrifft, so hat Schneider-Geiger in Basel darauf hingewiesen, daß man eigentlich schon Temperaturen von 37,9 als fieberhaft bezeichnen müsse. Ahlfeld und andere aber wiesen nach, daß Temperaturen bis 38,0 auch bei sonst ganz normalen Wochenbetten vorkommen. Aus diesem Grunde sind erst Temperaturhöhen über 38,0 als abnormer Vorgang zu betrachten und diese Wochenbetten als pathologisch zu bezeichnen.

Ich wende mich nun den 81 in meiner Statistik notierten Fieberfällen zu.

Da es bei der Beurteilung des Fieberverlaufes von großer Wichtigkeit ist, die Begleitumstände, d. h. früher durchgemachte Erkrankungen, zurzeit bestehende extragenitale Krankheiten, Geburtsverletzungen usw. zu kennen, habe ich in der folgenden Tabelle die einzelnen Fälle mit kurzen Angaben über Anamnese, Geburts-, Nachgeburts- und Wochenbettsverlauf skizziert. Sämtliche Temperaturangaben verstehen sich als Axillartemperaturen.

Tabelle.

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
1.	II para. Erste Geburt und Wochenbett ohne Besonderheiten. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Schädellage. Kind ausgetragen.	Placenta spontan. Eihäute zart. Uterus gut kontrahiert.
2.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Halbentbunden eingeliefert.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
3.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Schädellage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig. Geringe Nachblutung. Secacornien, Uterus gut kontrahiert.
4.	II para. Erste Geburt spontan. Manuelle Placentarlösung. Kind starb nach einem halben Jahre.	Spontangeburt in erster Schädellage.	Placenta mit Credé. Der Versuch, die adhärenten Eihäute mit der Zange zu entfernen, gelingt nur teilweise. Eihäute zart.
5.	VI para. Die 5 früheren Geburten und Wochenbette waren normal.	Forceps wegen Wehenschwäche. Kind asphyktisch.	Placenta mit Credé, Eihäute unvollständig.
6.	II para. Erste Geburt spontan. Wochenbett ohne Besonderheiten. Jetzige Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Zwillingsgeburt. 1. Kind spontan geboren in erster Schädellage. 2. Kind Fußlage, Extraktion, II asphyktisch.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
Am 3. Tage abends Temp. 38,3, Ergotin. 4. Tag Temp. 38,2. Von da ab Wochenbett fieberfrei und ohne Störung. Entlassung am 8. Tage. Fundus zwei Querfinger unter dem Nabel.	3. Tage	2 Tage	38,3
Am 2. Tage abends Temp. 39,2; 3. und 4. Tag fieberfrei. Am 4. Tage morgens Temp. 39,2. Manuelle Abtastung des Uterus. Entfernung von Placentar- und Eihautresten. Lysolspülung. Am 5. Tage Temp. 38,1; 6. Tag Temp. 38,2. Auf eigenen Wunsch entlassen.	2. Tage	4 Tage	39,2
Am 2. Tage morgens 38,1, Lysolscheidenspülung. Von da ab Wochenbett ohne Störung.	2. Tage	1 Tag	38,1
Am 4. Tage Temp. 38,2; Abdomen druckempfindlich, Lochialsekret fötid. Lysolscheidenspülung. Von da ab Wochenbett ohne Störung. Entlassung am 9. Tage.	4. Tage	1 Tag	38,2
Am 3. Tage morgens Temp. 38,5. Schmerzen in der Symphysengegend. Lochien ohne Befund, am 4. Tage Temp. 38,1, von da ab Temperatur normal. Wochenbett ohne Störung.	3. Tage	2 Tage	38,5
Am 5. Tage Schüttelfrost. Wegen Eihautretention manuelle Ausräumung des Uterus. Curretage, Alkoholuterusspülung. 6. Tag morgens Temp. 39,2, Kopfschmerz, Mattigkeit, Schwindelanfälle, Lysolspülung. Abends Temp. 40,2, Alkoholspülung, Seruminjektion. 7.—10. Tag, Fieber	6. Tage		40,6

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
7.	XI para. Die 10 früheren Geburten sowie die Wochenbette waren normal. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung. Eingeliefert mit Placenta praevia lateralis.	Wendung nach Braxton-Hicks. Extraktion des toten Kindes.	Placenta mit Credé. Keine Nachblutung. Eihäute zart und unvollständig.
8.	II para. 1. Geburt macceriertes Kind. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Schädellage.	Placenta mit Credé. Eihäute derb, unvollständig.
9.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Hebosteotomie, Forceps, Episiotomie. Kind tot.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.
10.	I para. Früher Lungenspitzenkatarrh. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Schädellage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
11.	III para. Erste Geburt spontan. Während der Geburt ein eklamptischer Anfall. Zweite Geburt und Wochenbett normal.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage. Kind ausgetragen.	Starke Blutung, deshalb Placenta mit Credé, Eihäute derb, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
zwischen 38,0 bis 39,4. Lochien fötid. 10.—26. Tag wechselnde Temperaturen (kein Fieber). 27. Tag Temp. 40,6, von da ab hohes Fieber. 30. Tag Exitus.			
Am 6. Tage 38,7. Kopfschmerzen, Lochien nicht wohlriechend. Stechen in der rechten Seite. 7. Tag 38,2. 8. Tag morgens 39,1, Knisterrasseln über dem rechten unteren Lungenlappen. 9. Tag 38,4, starker Husten. 10. Tag 39,3. 11. Tag 38,5. 12. Tag 38,6. Von da ab Wochenbett ohne Störung.	6. Tage	7 Tage	39,3
Am 3. Tage Temp. 38,1. Lochien ohne Befund. Von da ab Wochenbett ohne Störung. Entlassung am 8. Tage.	3. Tage	1 Tag	38,1
Am 4. Tage 38,8. Lochialsekret übelriechend. 5. Tag 38,4. Geringe Eiterung der Episiotomiewunde, von da ab Wochenbett ohne Störung.	4. Tage	2 Tage	38,8
Am 5. Tage Temp. 38,1, Lochialsekret ohne Befund. Von da ab Wochenbett ohne Störung. Entlassung am 9. Tage.	5. Tage	1 Tag	38,1
Am 3. Tage Temp. 39,5, 4. und 5. Tag ebenfalls 39,5, Lochien nicht übelriechend. Morgens und abends Jod-Alkoholspülungen. Von da ab Wochenbett normal verlaufen.	3. Tage	3 Tage	39,5

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
12.	I para. Vor 2 Jahren Lues (eine Schmierkur). Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Spontangeburt eines zweiten Grades macerierter Fötus im 7. Monat.	Credéscher Handgriff auch in Narkose ohne Erfolg. Deshalb manuelle Placentarlösung. Uterustamponade. Secacornin.
13.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage	Spontangeburt der Placenta. Eihäute zart, unvollständig.
14.	III para. Im ersten Wochenbett Mastitis. Zweite Geburt manuelle Placentarlösung, Fieber im Wochenbett. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage.	Starke Blutung. Credé versagt. Manuelle Placentarlösung. Tamponade. Secacornin. Eihäute zart, unvollständig.
15.	I para. Anfangs Erbrechen, sonst Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig. Uterus gut kontrahiert.
16.	I para. Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart und unvollständig.
17.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig, zum Teil mit der Kornzange entfernt.
18.	I para. Schwangerschaft normal.	Spontangeburt.	Placenta normal. Eihäute zart, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
Am 3. Tage Temp. 38,3, Lochialsekret nicht übelriechend. Weiterer Verlauf des Wochenbettes normal.	3. Tage	1 Tag	38,3
Am 5. Tage Temp. 38,4. Lochien ohne Befund. Uterusspülung, dann Verlauf normal.	5. Tage	1 Tag	38,4
Am 1. Tage Temp. 38,4. Von da ab normaler Verlauf des Wochenbettes.	1. Tage	1 Tag	38,4
Am 3. Tage Temp. 38,1. Lochien nicht übelriechend. Uterusspülung. Abgang eines großen Eihautfetzens. Wochenbett von da ab normal. Entlassung am 9. Tage.	3. Tage	1 Tag	38,1
Am 3. Tage Temp. 38,2. Uterusspülung. Weiterer Verlauf des Wochenbettes ohne Besonderheiten.	3. Tage	1 Tag	38,2
Am 6. Tage Temp. 38,2. Lochialsekret ohne Befund. Von da ab Wochenbett normal.	6. Tage	1 Tag	38,2
Am 4. Tage Temp. 38,2. Lochialsekret ohne Befund. 5. Tag 38,1. Uterusspülungen, dann normaler Verlauf des Wochenbettes.	4. Tage	2 Tage	38,2

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
19.	II para. Früher Lungenspitzenkatarrh. Erste Geburt nicht normal. Während der Schwangerschaft weißgelber Ausfluß.	Spontangeburt eines lebenden, nicht ausgetragenen Kindes in erster Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
20.	I para. Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Außerhalb der Klinik entbunden (Zange). Cervixriß, tamponiert eingeliefert. Tamponade entfernt. Naht.	Placenta nicht mitgebracht. Aus dem Cervix hingen Eihautfetzen. Entfernung gelingt nicht. Uterustamponade.
21.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt. Dammriß zweiten Grades. Blutung.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart, unvollständig.
22.	I para. Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Spontangeburt. Kind ausgetragen.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart, unvollständig.
23.	I para. Schwangerschaft normal.	Spontangeburt eines nicht ausgetragenen Kindes.	Placenta spontan. Eihäute zart und unvollständig.
24.	III para. Erste Geburt totgeborenes Kind. Zweite Geburt Frühgeburt. Kind totgeboren.	Halbentbunden eingeliefert, lebendes ausgetragenes Kind.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
Von Anfang an Scheiden- und Uterusspülungen. Am 3. Tage Temp. 38,4. Uterusspülung. Entleerung mehrerer Eihautfetzen. Größerer Eihautrest vom äußeren Muttermund mittels Tupfer entfernt. 4. Tag Temp. 38,0. 6. Tag Temp. 39,1. Uterusspülung. 7. Tag Temp. 38,1. Von da ab Wochenbett normal.	3. Tage	3 Tage	39,1
Am 1. Tage Temp. 38,0. Lochien ohne Befund. Am 4. Tage Temp. 38,3, dann Wochenbett normal.	4. Tage	1 Tag	38,3
Am 4. Tage Temp. 38,6, Lochien nicht übelriechend. Uterusspülung. 5. Tag Temp. 38,2. Uterusspülung. 6. Tag Temp. 38,6. Lochien ohne Befund, Uterusspülung. 7. Tag Temp. 39,1. 8. Tag Temp. 38,5. Von da ab Wochenbett vollständig fieberfrei. Entlassung am 11. Tag.	4. Tage	5 Tage	39,1
Am 3. Tage Temp. 38,3. 4. Tag Temp. 38,4. Von da ab Wochenbett normal.	3. Tage	2 Tage	38,4
Am 3. Tage Temp. 38,9, Lochien ohne Befund. 4. Tag Temp. 38,6. Weiterer Verlauf des Wochenbettes fieberfrei. Entlassung am 9. Tage.	3. Tage	2 Tage	38,9
Am 2. Tage Temp. 39,2. 3. Tag Temp. 38,7. Patientin auf eigenen Wunsch entlassen.	2. Tage	?	39,2

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
25.	I para. Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Spontangeburt eines lebenden ausgetragenen Kindes.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart, unvollständig.
26.	I para. Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Spontangeburt eines lebenden ausgetragenen Kindes.	Placenta spontan. Eihäute derb, unvollständig.
27.	I para. Schwangerschaft normal.	Wegen Eklampsie Hysterotomie. Wendung und Extraktion eines lebenden ausgetragenen Kindes.	Placenta spontan. Eihäute derb, unvollständig.
28.	IV para. Erste und zweite Geburt Querlagen. Kinder totgeboren, einmal Abort. Schwangerschaft bisher ohne Störung, seit einem Tage starke Blutung.	Spontangeburt eines III. Grades macerierten Fötus im 7. Monat.	Placenta spontan. Eihäute unvollständig. Leichte Nachblutung, die auf Ergotin steht.
29.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt eines lebenden ausgetragenen Kindes. Dammriß I. Grades.	Placenta spontan. Eihäute fehlen vollständig.
30.	I para. Am Anfang öfter Erbrechen, Schwindelanfälle, sonst Schwangerschaft normal.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperatur
Am 5. Tage Temp. 40,0. Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Milchsäure-Uterusspülung. Entfernung von Eihautresten. 6. Tag Temp. 38,5, dann Wochenbett fieberfrei.	5. Tage	2 Tage	40,0
Am 2. Tage Temp. 39,0. Uterusspülungen mit Kochsalzlösung und Jod-Alkohol. Entfernung von Eihautfetzen. 3. bis 8. Tag Temp. zwischen 38,0 und 38,3. Lochien purid. 9. Tag Temp. 38,5, dann Wochenbett fieberfrei.	2. Tage	4 Tage	39,0
Am 2. Tage Temp. morgens 39,7, mehrere eklamptische Anfälle, von da ab kein Anfall mehr. Lochien ohne Befund. Am 15., 18. und 19. Tage nochmals Temparatursteigerungen bis 38,5, dann normaler Verlauf des Wochenbettes.	2. Tage	4 Tage	39,7
Am 4. Tage Temp. 38,5. Lochiensekret nicht übelriechend. Von da ab Wochenbett normal verlaufen.	4. Tage	1 Tag	38,5
Am 2. Tage Temp. 38,3. 3. Tag Temp. 38,7. 4. Tag Temp. 38,5, Lochien ohne Befund, dann Temperatur normal; 9. Tag Temp. 38,3, von da ab Wochenbett fieberfrei.	2. Tage	4 Tage	38,7
Am 1. Tage 38,5. 2. Tag Temp. 39,4. 3. Tag 39,3. Lochien nicht übelriechend, dann Temperatur normal.	1. Tage	3 Tage	39,4

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
31.	I para. Schwangerschaft ohne Besonderheiten.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
32.	I para. Schwangerschaft normal.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Chorion nicht vollständig.
33.	VII para. 3 frühere Geburten spontan. Einmal Steißlage, einmal Querlage und einmal Abort. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Perforation und Kranioklasie, Extraktion. Kind nicht maceriert. Cervixriß, geringe Blutung.	Placenta spontan. Eihäute nicht vollständig. Uterusspülung. Tamponade.
34.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Forceps. Dammriß ersten Grades.	Placenta mit Credé, die zarten Eihäute reißen ab. Versuch, sie mittels Kornzange zu entfernen, mißlingt, ziemliche Nachblutung. Ergotin.
35.	II para. Einmal Abort. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Schädellage. Geringe Nachblutung, Ergotin.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.
36.	I para. Normaler Schwangerschaftsverlauf.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage. Dammriß zweiten Grades.	Placenta spontan. Decidua abgerissen, Eihäute manuell entfernt. Tamponade.
37.	I para. Seit 8 Tagen weißgelber Ausfluß, sonst Schwangerschaft ohne Störungen.	Spontangeburt eines macerierten Kindes in erster Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
Am 3. Tage Temp. 38,9, dann normales Wochenbett.	3. Tage	1 Tag	38,9
Am 3. Tage Temp. 38,5. 4. Tag 38,1, dann Wochenbett fieberfrei.	3. Tage	2 Tage	38,5
Am 1. Tage Temp. 38,7. 3. Tag abends Temp. 40,2 — Thrombophlebitis — dann Wochenbett normal.	1. Tage	2 Tage	40,2
Am 1. Tage Temp. 38,2. Erneute Blutung, Ergotin. Spülung mit Kochsalzlösung und Jod-Alkohol. 3. Tag Temp. 38,4. Lochien ohne Befund, von da ab Wochenbett normal.	1. Tage	2 Tage	38,4
Am 4. Tage Temp. 38,6. Lochien nicht übelriechend. Von da ab normales Wochenbett. Entlassung am 9. Tage.	4. Tage	1 Tag	38,6
Am 1. Tage Temp. 38,2. Lochien ohne Befund. Von da ab Wochenbett normal.	1. Tage	1 Tag	38,2
Am 2. Tage Temp. 38,1. 3. Tag Temp. 38,9. 4. Tag Temp. 38,5. Handteller großer Eihautrest und Placentarreste stoßen sich ab. 5. Tag Temp. 38,5. 6. Tag Temp. 38,9. Von da ab Wochenbett normal.	2. Tage	5 Tage	38,9

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
38.	I para. Befinden während der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta mit Credé. Eihäute derb, unvollständig. Durch äußeren Druck Uterus nicht entleert. Heiße Lysolspülung.
39.	II para. Erste Geburt spontan. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Hysterotomie. Forceps.	Placenta mit Credé. Eihäute derb, unvollständig.
40.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute derb, unvollständig.
41.	IV para. Die 3 früheren Geburten waren normal. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt eines ausgetragenen Kindes in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute derb, unvollständig.
42.	II para. 1. Geburt und Wochenbett normal; während der 2. Schwangerschaft Leibschmerzen.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
43.	V para. Die 4 ersten Geburten und Wochenbetten waren normal. Befinden während der jetzigen Schwangerschaft gut.	Spontangeburt eines lebenden ausgetragenen Kindes in erster Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperatur
Am 1. Tage Temp. 39,8, Jodalkoholspülung, Abgang von Eihautfetzen. 2. Tag Temp. 39,5, Uterusspülung. 3. Tag Temp. 38,3, Spülung, Abgang von Eihautstücken. 4. Tag Temp. 38,6, dann normales Wochenbett.	1. Tage	4 Tage	39,5
Am 2. Tage Temp. 39,0. 3. Tag Temp. 38,7. Auf Jodalkoholspülungen gehen Eihautfetzen ab. 4. Tag Temp. 38,7. 5. Tag Temp. 38,3. Uterusspülung, von da ab normales Wochenbett.	2. Tage	4 Tage	39,0
Am 2. Tage Temp. 38,2. 3. Tag Temp. 38,2, Uterusspülung, große Eihautfetzen gehen ab. Lochien ohne Befund. 4. Tag Temp. 38,8. Uterusspülung, dann fieberfreies Wochenbett.	2. Tage	3 Tage	38,8
Am 3. Tage Temp. 38,1. Lochien nicht übelriechend, Uterusspülung. Am 5. Tage, Temp. 38,7. Uterusspülung, von nun ab völlig fieberfreier Verlauf des Wochenbettes. Entlassung am 11. Tage.	3. Tage	2 Tage	38,7
Am 1. Tage Temp. 38,9. Kopfschmerzen, Uterusspülung. Hierdurch werden Eihautreste entfernt. Am Nachmittag desselben Tages völlig beschwerdenfrei, Wochenbettsverlauf von da ab normal.	1. Tage	1 Tag	38,9
Am 1. Tage Temp. 38,2. Uterusspülung. 2. Tag Temp. 39,2. 3. Tag Temp. 39,7. Abdomen sehr empfindlich. Abgang von Eihautresten. 4. Tag Temp. 38,5, dann fieberfreier Verlauf des Wochenbettes.	1. Tage	4 Tage	39,7

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
44.	IV para. Die 3 früheren Geburten waren normal.	Spontangeburt eines zweiten Grades macerierten Fötus.	Placenta mit Credé. Starke Blutung. Ergotin und Uterustamponade.
45.	I para. Befinden während der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart, unvollständig.
46.	IX para. Früher 3 Aborte, 2 Totgeburten, 2 Geburten normal, vor 10 Tagen Blutung. Wegen Placenta praevia eingeliefert.	Hysterotomie. Wendung und Extraktion.	Placenta manuell gelöst. Eihäute derb, gelblich, unvollständig.
47.	II para. Befinden während der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.
48.	III para. 2 frühere Geburten waren normal. Befinden während der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta auf leichten Druck. Uterus schlecht kontrahiert. Nachblutung. Eihäute zart, unvollständig. Secacornin.
49.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage. Dammriß ersten Grades.	Leichte Blutung, Placenta, auf leichten Druck. Ergotin. Blutung steht. Eihäute zart, unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
1. Tag Temp. 38,1. Entfernung des Tampons. Gleichzeitig gehen Eihautreste mit ab. Keine Nachblutung. Wochenbett normal.	1. Tage	1 Tag	38,1
Am 5. Tage Temp. 39,6. Kopfschmerzen, Durchfälle. Lochialfluß sehr stark. Der Ausstrich ergibt Streptokokken. 6. Tag Temp. 39,0. Lochien noch sehr stark, nicht fötid. 7. Tag Temperatur abfallend. Lochien geringer. Wochenbett dann normal.	5. Tage	2 Tage	39,6
Am 1. Tage Temp. 38,6. Durch Uterusspülung werden gelbliche Eihautfetzen entfernt. 2. Tag Temp. 38,6. Uterusspülung. 3. Tag Temp. 38,3, dann Wochenbett fieberfrei.	1. Tage	3 Tage	38,6
Am 5. Tage Temp. 38,2. Uterusspülung. 6. Tag 38,7. Lochien ohne Befund. 7. Tag 38,7, dann normaler Verlauf des Wochenbettes.	5. Tage	3 Tage	38,7
Am 4. Tage Temp. 38,3. Uterusspülung. Wochenbett dann normal. Entlassung am 9. Tage.	4. Tage	1 Tag	38,3
Am 5. Tag Temp. 39,6. 6. Tag Temp. 38,7. (Lochien ohne Befund.) 7. Tag 38,2. 8. Tag Temp. 38,8. 9. Tag Temp. 38,0. 10. Tag Temp. 39,0, dann Wochenbett fieberfrei.	5. Tage	6 Tage	39,6

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
50.	II para. Erste Geburt und Wochenbett normal, seit 14 Tagen Bronchitis.	Spontangeburt in erster Schädellage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
51.	I para. Befinden während der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute fehlen ganz.
52.	I para. Schwangerschaft ohne Befund.	Spontangeburt in erster Schädellage.	Placenta mit Credé. Eihäute zart und unvollständig. Leichte Blutung aus der Clitorisgegend.
53.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
54.	X para. 2 Aborte, sonst normale Geburten. Seit 2 Tagen Blutung.	Manuelle Ausräumung eines macerierten Fötus (4. Monat).	Placenta manuell. Curretage. Uterustamponade.
55.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt eines toten unreifen Kindes.	Credé ohne Erfolg, manuelle Lösung der Placenta. Eihäute unvollständig.
56.	I para. Schwangerschaft gut verlaufen.	Forceps wegen schlechter Herztöne des Kindes.	Leichte Blutung. Credé ohne Erfolg. Manuelle Placentarlösung. Tamponade. Eihäute unvollständig.
57.	VI para. Einmal Frühgeburt, sonst Geburten normal. Seit einigen Tagen Blutung.	Metreuryse Spontangeburt eines nicht ausgetragenen Kindes (6 Monate).	Placenta spontan. Eihäute fehlen vollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperatur
Am 7. Tage Temp. 38,5. Stechen in der Seite. Bronchitische Geräusche. 8. Tag Temp. 38,7. Lochien ohne Befund. Von da ab normaler Verlauf.	7. Tage	2 Tage	38,7
Am 4. Tage Temp. 38,6. 5. Tag Temp. 38,4. Lochien ohne Befund. 6. Tag Temp. 38,2. 7. Tag Temp. 38,3. Dann Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 10. Tage.	4. Tage	4 Tage	38,6
Am 1. Tage Temp. 38,3. Lochien ohne Befund. 2. Tag Temp. 38,3. Wegen Gesichtsrose verlegt. Weiterer Verlauf unbekannt.	1. Tage	—	38,3
Am 4. Tage Temp. 38,5. Lochien ohne Befund. 5. Tag Temp. 38,5. 6. Tag Temp. 38,1, dann normaler Verlauf. Entlassung am 10. Tage.	4. Tage	3 Tage	38,5
Am 1. Tag starke Blutung, manuelle Entfernung von Placenta- u. Eihautresten. Uterustamponade. 2. Tag Temp. 39,4, dann normaler Verlauf.	2. Tage	1 Tag	39,4
Am 3. Tage Temp. 38,5. Lochien ohne Befund. 4. Tag Temp. 38,1, dann normaler Verlauf.	3. Tage	2 Tage	38,5
Am 4. Tage Temp. 38,1. Lochien ohne Befund. 5. Tag Temp. 38,5. 6. Tag Temp. 38,5, dann normaler Verlauf. Entlassung am 10. Tage.	4. Tage	3 Tage	38,5
Am 1. Tage Temp. 39,1. Ergotin. Lochien ohne Befund, dann normaler Verlauf.	1. Tage	1 Tag	39,1

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
58.	II para. 1. Geburt. Cervixriß, sonst normal. Seit einigen Tagen Blutung.	Placenta praevia centralis. Tamponade. Nach Entfernung derselben erneute Blutung. Hysterotomie, Wendung und Extraktion.	Placenta mit Credé, Uterustamponade. Ergotin. Eihäute zart, unvollständig.
59.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage. Dammriß ersten Grades.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart, unvollständig.
60.	II para. Erste Geburt normal. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute derb, unvollständig.
61.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in zweiter Hinterhauptslage.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.
62.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage. Dammriß 1. Grades.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig. Eihäute zum Teil durch Abdrehen entfernt.
63.	I para. Befinden in der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt eines lebenden ausgetragenen Kindes in der Glückshaube.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig. Einzelne Fetzen werden teils durch Kornzange, teils durch Abdrehen entfernt.
64.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in 2. Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute sehr adhärent, deshalb unvollständig.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperatur
Am 2. Tage Temp. 38,2. Am 3. Tage Temp. 38,3. Lochien ohne Befund. 4. Tag morgens Temp. 38,6, dann Fieberabfall, und normaler Verlauf des Wochenbettes.	2. Tage	3 Tage	38,6
Am 5. Tage Temp. 39,5. 6. Tag Temp. 39,0, dann normaler Verlauf.	5. Tage	2 Tage	39,5
Am 1. Tag Temp. 38,5. 2. u. 3. Tag fieberfrei. 4. Tag 38,9. 5. Tag 39,9. 6. Tag 39,5. Lochien fötid. 7. Tag 40,3. Lochialausstrich ergibt Streptococcen. Seruminjektion. 8. Tag Temp. 40,4. 9. Tag Temp. 39,5. 10. Tag Temp. 39,5. Exitus.	1. Tage	7 Tage	40,4
Am 2. Tage Temp. 39,0, dann bis zum 12. Tage ständig geringere Temperatursteigerungen, von da ab normaler Verlauf.	2. Tage	—	39,0
Am 3. Tage Temp. 38,3. 4. Tag Temp. 38,4. 5. Tag Temp. 38,6. 6. Tag Temp. 38,5. Lochien ohne Befund. 7. Tag Temp. 38,8, dann normal verlaufen.	3. Tage	5 Tage	38,8
Am 1. Tage 38,1. Lochien ohne Befund, von da ab normaler Verlauf des Wochenbettes. Entlassung am 9. Tage.	1. Tage	1 Tag	38,1
Am 4. Tage 39,4, durch Uterusspülung werden Eihautreste entfernt. Am 7. Tag Temp. nochmals 38,3, dann fieberfreier Verlauf.	4. Tage	2 Tage	39,4

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
65.	I para. Während der Schwangerschaft Lungenspitzenkatarrh.	Spontangeburt in 1. Schädellage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
66.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute derb, unvollständig.
67.	I para. Befinden während der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
68.	II para. Bei der 1. Geburt manuelle Placentarlösung, Puerperalfieber. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in 1. Hinterhauptslage.	Nachblutung, Credé auch in Narkose ohne Erfolg, manuelle Lösung der Placenta. Eihäute derb, unvollständig. Uterustamponade.
69.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Forceps wegen Nabelschnurvorfall. Dammriß 2. Grades.	Placenta spontan. Eihäute unvollständig. Blutung. Dammnaht. Ergotin.
70.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig. Uterus gut kontrahiert.
71.	III para. 1. Geburt Forceps, 2. normal, Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt in 1. Hinterhauptslage.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart, unvollständig. Uterus schlecht kontrahiert. Blutung. Ergotin.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperatur
Am 2. Tage Temp. 38,3. Uterusspülung, von da ab normaler Verlauf.	2. Tage	1 Tag	38,3
Am 3. Tage Temp. 38,9. Uterusspülungen. 7. Tag Temp. 38,7, dann normal.	3. Tage	3 Tage	38,9
Am 4. Tag Temp. 38,3. Uterusspülung. 5. Tag Temp. 38,3, dann normaler Verlauf.	4. Tage	2 Tage	38,3
Am 1. Tage Temp. 38,2. 2. bis 5. Tag fieberfrei. Am 6. Tage Temp. 38,9. Uterusspülung. Lochien ohne Befund. Dann normaler Verlauf des Wochenbettes.	1. Tage	2 Tage	38,9
Am 4. Tage Temp. 39,0. Bei der Uterusspülung Abgang von Eihautfetzen. 5. Tag Temp. 39,6. 6. Tag Temp. 39,4. Abgang von Eihautfetzen. 7. Tag Temp. 39,7. 8. Tag Temp. 40,5. 9. Tag 40,2. 10. Tag 41,8. Schüttelfrost. 11. Tag 40,2. 12. Tag Temp. 40,4, plötzlicher Temperaturabfall, dann Wochenbett normal. Entlassung am 20. Tag.	4. Tage	9 Tage	41,8
Am 5. Tage Temp. 38,7. 6. Tag Temp. 38,4. 7. Tag Temp. 38,9, dann normal.	5. Tage	3 Tage	38,9
Am 1. Tage Temp. 38,2, dann normaler Verlauf des Wochenbettes.	1. Tage	1 Tag	38,2

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
72.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
73.	I para. Keine Beschwerden.	Spontangeburt.	Uterus schlecht kontrahiert. Starke Blutung. Placenta mit Credé. Ergotin. Eihäute zart, unvollständig.
74.	II para. 1. Geburt und Wochenbett normal, Schwangerschaft ohne Störungen.	Spontangeburt in 1. Hinterhauptslage.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute unvollständig.
75.	II para. Einmal Abort, 4 Geburten normal.	Spontangeburt.	Placenta mit Credé, starke Blutung, Ergotin. Eihäute zart, unvollständig.
76.	V para. Frühere Geburten normal.	Spontangeburt.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.
77.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Forceps wegen Wehenschwäche.	Placenta mit Credé. Eihäute zart, unvollständig.
78.	IV para. 1. Geburt Placenta manuell. 2. Geburt Abort. Manuelle Lösung der Placenta. 3. Geburt Placenta angewachsen. Wochenbett Puerperalfieber. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in 1. Schädellage.	Credé erfolglos. Manuelle Placentarlösung. Uterustamponade.

Wochenbett.	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
Am 1. Tage Temp. 38,3. Am 6. Tage Temp. 38,5, dann normaler Verlauf.	1. Tage	2 Tage	38,5
Am 1. Tag Temp. 38,4. Lochien fötid. Bei der Uterusspülung Abgang von Eihaut fetzen. 5. Tag Temp. 38,1. 7. Tag Temp. 38,0. Abgang von Eihautfetzen, dann Wochenbett normal.	1. Tage	3 Tage	38,4
Am 4. Tage 38,9. 5. Tag Temp. 40,5. Halsschmerzen. Kein Belag, keine Rötung. Lochialausstrich: Streptococcen. Durch Uterusspülung, Abgang von Eihautresten. Schüttelfrost, Collargol. 6. Tag Temp. 39,6. Scharlachexanthem. Wegen Scarlatina verlegt.	4. Tage	—	—
Am 1. Tag 38,2, dann normal.	1. Tage	1 Tag	38,2
Am 3. Tag 39,0. Lochien ohne Befund, Leibschmerzen, Meteorismus. Dann normaler Verlauf.	3. Tage	1 Tag	39,0
Am 4. Tag 38,2. Lochien ohne Befund, dann normal.	4. Tage	1 Tag	38,2
Am 2. Tag Temp. 38,7. 3. Tag Temp. 38,7. Uterusspülung Eihautreste und Nebenplacenta entfernt. Dann Wochenbett normal. Entlassung am 9. Tage.	2. Tage	2 Tage	38,7

Nr.	Anamnese	Geburtsverlauf	Nachgeburtsverlauf
79.	I para. Schwangerschaft ohne Störung.	Spontangeburt in erster Hinterhauptslage.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig.
80.	I para. Schwangerschaft ohne Beschwerden.	Spontangeburt.	Placenta spontan. Eihäute zart, unvollständig. Nachblutung. Ergotin.
81.	I para. Befinden während der Schwangerschaft gut.	Spontangeburt.	Placenta auf leichten Druck. Eihäute zart, unvollständig.

Bei der Betrachtung der Folgeerscheinungen, die in diesen 81 Fällen durch die Eihautretention hervorgerufen wurden, müssen wir 28 Fälle ausscheiden, bei denen für die Temperatursteigerungen andere Ursachen verantwortlich zu machen sind als die Eihautverhaltung.

Bei diesen 28 Fällen handelte es sich 18 mal um eingreifende geburtshilfliche Operationen und intrauterine Eingriffe, und zwar: um Forceps sechsmal, um Hysterotomie zweimal und um Perforation und Kranioklasie einmal. Neunmal wurde wegen Placentar- oder Eihautverhaltung die manuelle Ausräumung ausgeführt. Hierzu kommen noch je zwei Fälle von Tamponade und von Placenta praevia und je ein Fall von Metreuryse und teilweiser Placentarverhaltung. Außerdem müssen wir noch jene vier Fälle in Abrechnung bringen, bei denen die Temperatursteigerungen sicherlich eine extragenitale Ursache hatten. Es handelt sich um je einen Fall von Bronchitis, Erysipel, Pneumonie und Scarlatina.

Wochenbett	Beginn des Fiebers am	Dauer des Fiebers	Höchste Temperaturen
Am 1. Tage Temp. 38,2. Am 4. Tag Temp. 38,2, Lochien fötid, Lochialausstrich Colibazillen. Uterusspülung. 5. Tag Temp. 38,4. 6. TagTemp. 38,2, dann Wochenbett fieberfrei und normal.	1. Tage	4 Tage	38,4
Am 2. Tag Temp. 38,6. Sonst normaler Wochenbettsverlauf.	2. Tage	1 Tag	38,6
Am 1. Tage Temp. 38,2. am 5. Tage Temp. 38,4. Lochien ohne Befund, sonstiges Wochenbett normal.	1. Tage	2 Tage	38,5

Bei den übrigen 53 Fällen dürfte die Ursache für die Temperaturerhöhungen im Wochenbette wohl in der Eihautverhaltung zu suchen sein, zumal wir in einer ganzen Reihe von Fällen feststellen können, daß nach Abgang der retinierten Eihäute gewöhnlich rasch ein normaler Verlauf des Wochenbettes eintrat.

Dabei fiel der Beginn des Fiebers auf

I. Tag	II. Tag	III. Tag	IV. Tag
12 mal	8 mal	14 mal	10 mal
= 3,81 %	= 2,54 %	= 4,44 %	= 3,17 %

V. Tag	VI. Tag
8 mal	1 mal
= 2,54 %	= 0,32 %

Die Dauer des Fiebers betrug:

1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage
19 mal	13 mal	9 mal	6 mal
= 6,03 %	= 4,13 %	= 2,86 %	= 1,91 %

5 Tage	6 Tage	7 Tage
2 mal	1 mal	1 mal
= 0,63 %	= 0,32 %	= 0,32 %

Die Temperaturhöhen verteilen sich wie folgt:

Temperatur	Temperatur	Temperatur
bis 38,5	bis 39,5	über 39,5
24 mal	23 mal	6 mal
= 7,16 %	= 7,3 %	= 1,91 %

Betrachten wir nun die Fieberzustände, die durch die Eihautretention hervorgerufen werden, so ergibt sich, daß das Fieber in 19 von den 53 Fällen nur einen Tag dauerte. In 41 Fällen dauerte das Fieber nur drei Tage. Nun haben Bumm und andere Autoren darauf hingewiesen, daß es sich bei dem sog. „Eintagsfieber“ nicht um eine Infektion handelt, sondern daß diese einmaligen oder wenigstens nur kurz währenden Temperaturerhöhungen im Wochenbett auf resorptiven Vorgängen beruhen, die sich nach Zersetzung des Lochialsekrets durch Saprophyten von den puerperalen Wunden vollziehen. Es ist einleuchtend, daß durch Eihautreste der freie Abfluß des Lochialsekretes gehindert werden kann. In diesem Falle wird durch die Stauung eine Anhäufung von resorptivem Material bewirkt, und damit werden günstigere Verhältnisse für eine vermehrte Resorption geschaffen. Auf diese vermehrten Resorptionsvorgänge reagiert der Körper mit erhöhten Temperaturen. Ist das resorptionsfähige Material aus den Genitalien entfernt, dann verläuft das Wochenbett fieberfrei. Dies läßt sich in vielen Fällen auch aus unserer Statistik beweisen. Hier zeigt es sich, daß das Wochenbett sehr bald einen normalen Verlauf nahm, wenn die Eihautreste spontan im Lochialfluß abgegangen oder durch Spülung entfernt wurden. Für die Annahme eines reinen Resorptionsfiebers bei unseren 41 Fällen spricht auch der gleichmäßig gute Verlauf des Wochenbettes. Bedenklicher sind die übrigen zehn Fälle. Die Temperaturen waren meist hoch und das Fieber von

beträchtlicher Dauer. In zwei Fällen kam es zur Entzündung der Parametrien, ja in einem Falle kam es zur septischen Infektion und am zehnten Wochenbettage zum letalen Ausgang. Im Lochialsekret fanden sich Streptococcen. In diesem Falle jedoch war die Eihautretention kaum das ursächliche Moment, weit eher dürfte die Infektion durch den manuellen Eingriff entstanden sein. Dreimal waren die Lochien fötid, und einmal ergab der Lochialausstrich Colibazillen als Befund.

Der Ausgang der übrigen neun Fälle war ein guter. Die neun Wöchnerinnen konnten völlig geheilt entlassen werden.

Was nun die Behandlung der Eihautretention anbetrifft, so wurde im allgemeinen bei allen Fällen von Eihautretention möglichst lange eine abwartende Stellung eingenommen. Bei Temperatursteigerungen und Verdacht auf Eihautverhaltung wurden Uterusspülungen mit Kochsalzlösungen, Lysoform und anderen vorgenommen; Blutungen wurden mit Ergotin oder Secacornin bekämpft.

Am Ende unserer Ausführungen können wir aus der Statistik und im Vergleich mit anderen Autoren den Schluß ziehen:

Die Eihautretention nimmt in den meisten Fällen einen günstigen Verlauf ohne schwere Nachkrankheiten für die Wöchnerin. Es ist deshalb eine abwartende Haltung im allgemeinen wohl gerechtfertigt. Kommt es aber infolge der Eihautverhaltung zu schweren atonischen Blutungen oder zu hohen Temperatursteigerungen, dann ist eine manuelle oder instrumentelle Entfernung der retinierten Massen unbedingt notwendig.

Herrn Privatdozenten Dr. Hörmann, der mir das Thema zur Arbeit vorgeschlagen, sowie Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für die Übernahme des Referats spreche ich meinen verbindlichsten Dank aus.

Literatur.

Benike: Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1876.

Credé: Über die zweckmäßigste Methode der Entfernung der Nachgeburt. Arch. f. Gynäkologie Band 17.

Reihlen: Arch. f. Gynäkologie Band 31.

Kaltenbach: Zur Antisepsis der Geburtshilfe. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1887.

Olshausen: Klin. Beitr. zur Gynäkologie und Geburtshilfe 1884.

Schwenke: Über Chorionretention: Halle 1881.

Küstner: Berliner Klin. Wochenschr. 1880.

Völker: Zur Frage der Behandlung der Eihautretention nebst Bemerkungen über die Ursachen derselben Würzburg 1901.

v. Winkel: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Derselbe: Handbuch der Geburtshilfe.

Huber: Über Chorionretention. Basel 1890.

Hüter: Die Mutterkuchenreste. Monatsschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1857. Band 9.

Engelhorn: Behandlung der Eihautretention. Zentralblatt für Gynäkologie 1908.

v. Herff: Zur Behandlung der Eihautverhaltung. Korresponzblatt f. Schweizer Ärzte 1906.

Walthard: Zur Therapie der Eihautretention, Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1906.

Jordanis: De la retention des membranes et de son tractement après l'accouchement. These Lille 1902.

Louvous: Über die Bedeutung der Eihautretention und passende Methode zur vollständigen Entfernung derselben. Zentralblatt f. Gynäkologie 1908.

Schneider-Geiger: Zur Therapie der Eihautretention. Inaug.-Diss. Basel 1906.

Schmidt: Über die Retention der Eihäute. Inaug.-Diss. München 1907.

Hofmeier: Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie von Olshausen 1909.

Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge 1893.

Lebenslauf.

Ich, Johann Fritz Hau, wurde geboren am 23. Dezember 1883 zu Regensburg.

Im Jahre 1903 erwarb ich mir am Realgymnasium zu Augsburg das Reifezeugnis. Im Herbst 1904 begann ich meine Studien an der Universität in München und bestand dortselbst im Jahre 1907 das Physikum.

Im Februar 1910 bestand ich mein Staatsexamen und war vom 1. März 1910 bis Ende Februar 1911 Medizinalpraktikant am Städtischen Krankenhaus zu Darmstadt.